

Mariola Ciszewska-Mlinarič*

Zdolności adaptacyjne organizacji. Przypadek szpitali powiatowych

Streszczenie

Pozyskiwanie i analiza informacji, zaprojektowanie odpowiedzi i jej wdrożenie, oraz korekta działań i uczenie się, to trzy rodzaje zdolności adaptacyjnych organizacji, związanych z trzema fazami procesu adaptacji organizacji do otoczenia. W artykule przedstawiono, jak zdolności adaptacyjne w różnych fazach procesu adaptacji różnią się w organizacjach, tych które wzorcowo zaadaptowały się do otoczenia oraz w tych, którym się to nie powiodło. Tło badań stanowi sektor zamkniętej opieki zdrowotnej w Polsce.

Wprowadzenie

Problematyka adaptacji od wielu lat jest istotnym obszarem poszukiwań w ramach badań nad strategią organizacji. Aktywność organizacji w zakresie dostosowania się do zmian zachodzących w otoczeniu różni się zarówno pod względem treści (sposobu reakcji), jak i efektu (osiąganych wyników). Nawet organizacje o zbliżonych charakterystykach i działające w tym samym sektorze, różnie reagują na zmiany w otoczeniu. Jedne podejmują zdecydowane działania, mające na celu przywrócenie dopasowania do otoczenia, podczas gdy inne pozostają bierne lub reagują ze znacznym opóźnieniem. Ponadto reakcja organizacji może przybierać odmienne formy – od zmian w strukturze, procesach, po zmiany w domenie działania – oraz przynosić różne rezultaty. Wskazuje to na fakt, iż organizacje różnią się pod względem posiadanych zdolności dostosowania się do otoczenia.

Dla badania problematyki adaptacji doskonałe tło stanowi sektor opieki zdrowotnej w Polsce, który od końca lat 90. XX w. przechodzi głębokie reformy. Usamodzielnienie

* Dr, adiunkt, Akademia Leona Koźmińskiego w Warszawie.

zakońców opieki zdrowotnej i powołanie organów samorządu terytorialnego na ich organy założycielskie, rozdzielenie funkcji płatnika i świadczeniodawcy (i związane z tym powołanie Kas Chorych), wprowadzenie kontraktów, likwidacja Kas Chorych i powołanie Narodowego Funduszu Zdrowia, kolejna zmiana systemu płatności (z opłat za hospitalizację lub osobodni na opłaty za procedury i przypadki), presja zarówno na efektywność finansową zakładów, jak i na realizację celów społecznych, oraz traktowanie sektora jako obszaru działalności politycznej sprawia, że środowisko działania szpitali oferuje unikalne warunki obserwacji procesu adaptacji tych organizacji oraz badania uwarunkowań ich zdolności adaptacyjnych.

1. Adaptacja, zdolności adaptacyjne i ich uwarunkowania w literaturze

Adaptacja definiowana jest najczęściej jako proces dostosowania się organizacji do uwarunkowań zmieniającego się otoczenia (Chakravarthy, 1982; Koberg, 1987; Lawrence i Dyer, 1983), który polega na przystosowaniu „celów lub zasad i sposobów działania organizacji do zmienionych potrzeb w otoczeniu” (Wawrzyniak, 2000: 496). Chakravarthy (1982) przedstawił model poziomów adaptacji organizacji, w którym wyróżnione są trzy jej poziomy: proaktywna adaptacja, reaktywne sprzężenie zwrotne i pasywna izolacja. Poziom adaptacji firmy jest tym wyższy i tym większe ma ona szanse na przeżycie, z im większym poziomem złożoności otoczenia jest w stanie sobie poradzić (Chakravarthy, 1982). Niski poziom adaptacji organizacji oznacza, że jest ona bardzo podatna na zmiany w otoczeniu, natomiast wysoki poziom adaptacji wskazuje, iż jest wrażliwa tylko na niektóre zmiany otoczenia.

Zdolność adaptacyjna organizacji jest definiowana jako zdolność w zakresie radzenia sobie organizacji z niepewnością otoczenia (Chakravarthy, 1982). Niepewność otoczenia to stopień, w jakim nie da się poprawnie i dokładnie przewidzieć przyszłych stanów świata (Pfeffer, Salancik, 1978). Każda zmiana regulacyjna w otoczeniu kreuje dla organizacji i ich decydentów niepewność – odnośnie tego, jak wpłynie na konkretną organizację oraz jak wpłynie na organizacje konkurencyjne (Carter, 1990; Masłyk–Musiał, 2003). Badacze zajmujący się adaptacją wyróżniają zwykle trzy fazy tego procesu związane z interpretacją otoczenia, reakcją organizacji oraz oceną efektów (Oblój i in., 2004).

Przeprowadzony przegląd literatury miał na celu poznanie postulowanych przez teorię i wcześniejsze badania mechanizmów determinujących efektywność działań adaptacyjnych i zmiany organizacyjnej zarówno w organizacjach zorientowanych, jak i niezorientowanych na zysk (na przykładzie szpitali). Przyjmując koncepcję zdolności adaptacyjnych Charavarthiego (1982), które determinują poziom adaptacji, na jakim się organizacja znajduje, punkt ciężkości poszukiwań literaturowych został położony właśnie na uwarunkowania zdolności adaptacyjnych. W tabeli 1 ukazane jest zestawienie uwarunkowań zdolności adaptacyjnych zidentyfikowanych w literaturze.

Według badaczy, każde ze wskazanych uwarunkowań (por. tabela 1) jest istotne, i dlatego każde z nich powinno zostać zweryfikowane w badaniach. Jednakże w pracy tej skoncentrowano się na szpitalach powiatowych (próba badawcza) i z tego względu takie uwarunkowania, jak: orientacja ekonomiczna szpitala, wielkość szpitala, rodzaj organu

Tabela 1. Zestawienie uwarunkowań zdolności adaptacyjnych

W literaturze adaptacji i zmiany	W zagranicznych badaniach sektora opieki zdrowotnej	W polskich badaniach sektora opieki zdrowotnej
<ul style="list-style-type: none"> Niepewność otoczenia i sposób jej interpretacji (Millikien, 1990; Koberg, 1987; Baum i Wally, 2003) Dostęp do zasobów (Koberg, 1987; Oliver, 1991; Millikien, 1990) Tempo i sekwencja działań dostosowawczych (Romanelli i Tushman, 1994; Child i Smith, 1987; Amis, Slack i Hinings, 2004) Struktura (Chakravarthy, 1982; Koberg, 1987; Baum i Wally, 2003; Jennings i Seaman, 1994) Strategia (Chakravarthy, 1982; Chattopadhyay et al., 2001) Przywództwo (Miles, 1982) 	<ul style="list-style-type: none"> Ideologia (Meyer, 1982) Strategia (Meyer, 1982; Alexander et al., 1986; Gruca i Nath, 1994) Rola menedżerów (Young et al., 2001; Chadwick et al., 2004; Pfeffer, 1973) Relacje wewnątrz-organizacyjne (Covaleski i Dirsmith, 1981; Provan, 1987; Ruff i Scott, 1998) Relacje między-organizacyjne (Gruca i Nath, 1994; Fottler et al., 1982; Meyer et al., 1990; Young et al., 2001) Struktura (Meyer, 1982; Ginsberg i Buchholtz, 1990) Wielkość szpitala (Provan, 1987; Gruca i Nath, 1994) Orientacja ekonomiczna – zorientowane i niezorientowane na zysk (Carper i Litschert, 1983; Provan, 1987) 	<ul style="list-style-type: none"> Zdolności menedżera (Kautsch i in., 2001) Wielkość szpitala (Kautsch i in., 2001) Rodzaj organu założycielskiego (Golinowska i in., 2002) Stopień referencyjny szpitala (Golinowska i in., 2002)

Źródło: opracowanie własne.

założycielskiego oraz stopień referencyjny szpitala zostały pominięte, ponieważ w przypadku szpitali powiatowych nie istnieją pod tym względem różnice. Poniżej przedstawione są główne wnioski z badań, które odnoszą się do uwarunkowań wpływających na adaptację organizacji do otoczenia.

Niepewność otoczenia. W badaniach traktujących niepewność otoczenia jako czynnik kształtujący proces adaptacji, otoczenie jest definiowane jako zbiór informacji, które są następnie filtrowane przez organizację (Koberg, 1987). Wysoka zmienność (dynamizm) otoczenia zmniejsza tempo podejmowania decyzji, co ma negatywny wpływ na osiągnięte przez organizację wyniki (Baum, Wally, 2003). Millikien (1990) zauważa, iż menedżerowie muszą zmierzyć się z trzema rodzajami niepewności: (1) niepewnością stanu (menedżerowie nie potrafią wskazać głównych zdarzeń lub trendów otoczenia lub ocenić prawdopodobieństwa wystąpienia zmian); (2) niepewnością efektu (menedżerowie nie potrafią wskazać, z czym wiąże się zmiana uwarunkowań otoczenia dla ich organizacji); oraz (3) niepewnością odpowiedzi (nie mają pewności jak odpowiedzieć na zmianę otoczenia, ponieważ nie są pewni, jakie opcje są dostępne, lub nie potrafią ocenić skuteczności opcji dla osiągnięcia zamierzonych celów).

Dostęp do zasobów (rzadkość zasobów). Rzadkość zasobów wpływa na odpowiedź organizacji, intensyfikując zmiany procesowe, strukturalne i strategiczne (Koberg, 1987). Zależność organizacji od danej puli zasobów sprawia, iż menedżerowie postrzegają zmniejszenie dostępności zasobów jako istotne zagrożenie oraz wpływa na to, jak zmiana otoczenia zostanie zinterpretowana pod względem efektów, jakie niesie ze sobą dla organizacji (Milliken, 1990). Stopień zależności organizacji od zasobów wpływa także na to, jaki typ odpowiedzi wybierze ona w odpowiedzi na presję instytucjonalną – im większa jest zależność organizacji od aktorów instytucjonalnych (wynikająca z ich władzy

nad zasobami krytycznymi dla organizacji), tym mniejsze są możliwości stawienia przez organizację oporu wobec presji otoczenia (Oliver, 1991).

Relacje międzyorganizacyjne. Tworzenie sieci powiązań międzyorganizacyjnych jest odpowiedzią szpitali na presję otoczenia. W obliczu zmieniających się uregulowań prawnych, presji społecznych, rozwoju usług medycznych i presji na ograniczanie kosztów szpitale zaczęły łączyć się w różnego rodzaju systemy, aby sprostać wymogom nakładanym przez zmiany otoczenia (Fottler et al., 1982). Według Gruca i Nath'a (1994), organizacje tworzą sieci powiązań w celu wykorzystania ekonomii skali i zakresu, zmniejszania zależności od dominującego gracza (płatnika), pozyskiwania zasobów znajdujących się poza granicami organizacji. Powiązania korzystnie wpływają także na dyfuzję innowacji (Young i in., 2001). Meyer, Brook i Goes (1990) analizując zmiany w sektorze szpitali, dostrzegają fakt, że zmiana rewolucyjna w sektorze stymuluje m.in. powstanie powiązań pomiędzy organizacjami, które absorbują niepewność powstającą ze zmiany rewolucyjnej.

Ideologia. Ideologia organizacji kształtuje odpowiedź organizacji na zdarzenie w otoczeniu, poprzez interpretację i ocenę tego zdarzenia w kategorii dylematu, szansy lub przejściowego odchylenia (Meyer, 1982). Spadek zatrudnienia, wskaźnika obłożenia i przychodów był najmniejszy w tych szpitalach, których ideologie podkreślały wagę otoczenia, popierały strategiczne reorientacje, doceniały istotność zmian organizacyjnych, znaczenie zdolności i umiejętności członków oraz zachęcały do partycypacji (Meyer, 1982).

Zdolności menedżera. Jakość przywództwa przejawia się w zdolności do prowadzenia organizacji w warunkach zagrożeń generowanych przez otoczenie (Miles, 1982), a zdolności menedżera w zakresie wykorzystania i alokacji zasobów kształtują zdolności adaptacyjne organizacji (Chakravarthy, 1982). Menedżerowie są także odpowiedzialni za pozyskiwanie zasobów z otoczenia (Pfeffer, 1973). Kluczową zmienną wyjaśniającą poziom osiągnięć zakładów są cechy przywódcze i kierownicze dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej (Kautsch i in., 2001) – menedżerowie zakładów reformatorskich (zwiększających przychody i liczbę źródeł, inwestujących w pracowników i zwiększanie satysfakcji pacjenta), cechowali się umiejętnością wdrażania innowacji, przyjmowania nowych pomysłów, delegowania uprawnień i uczenia się na błędach; natomiast niski poziom osiągnięć zakładów wiązał się z brakiem zdolności przywódczych menedżerów.

Relacje wewnątrzorganizacyjne. Szpitale to przykład organizacji, w których istnieją dwie silne, często przeciwstawiane sobie grupy – dyrektor i personel administracyjny oraz lekarze (Covaleski, Dirsmith, 1981; Provan, 1987; Ruef, Scott, 1998). Badania Covaleskiego i Dirsmitha (1981: 415) pokazały, że dyrektor miał niewielki autorytet i władzę pod względem wykorzystywanych medycznych technologii i dostarczenia usług medycznych: „legitymizacja formalnej hierarchii była kwestionowana przez członków organizacji, szczególnie przez personel medyczny”.

Tempo i sekwencja zmian. W literaturze pojawiają się dwa nurty dotyczące tempa transformacji organizacyjnych. Z jednej strony przyjmuje się, iż transformacje organizacji mogą odbywać się tylko poprzez szybkie wdrożenie zmiany, jednocześnie we wszystkich elementach organizacji, ponieważ pozwala to na przezwyciężenie inercji (Romanelli i Tushman, 1994). Z drugiej strony pojawiają się argumenty, iż „masowa” gwałtowna

zmiana niewłaściwie opisuje sposób, w jaki transformacja zachodzi, nie oddaje rzeczywistości oraz nie jest właściwą drogą dla zaangażowania się w szeroko zakrojoną zmianę organizacyjną (Child, Smith, 1987), natomiast stopniowa zmiana w transformacji organizacji jest mniej destrukcyjna i łatwiej nią zarządzać. W odniesieniu do sekwencji zmian, Amis i in. (2004) uważają, że zasadnicze pytanie dotyczy porządku, w jakim różne elementy organizacji podlegają zmianie oraz efektu, jaki niesie ze sobą ta sekwencja dla wyników procesu zmiany. Według zwolenników radykalnej zmiany, zmiana powinna dotyczyć wszystkich elementów równocześnie, czyli aspekt sekwencji nie jest istotny (Romanelli, Tushman, 1994). Z drugiej strony pojawiają się jednak badania ukazujące, iż sekwencja, w jakiej różne elementy organizacji są zmieniane może być istotna. Według Amisa, Slacka i Hiningsa (2004) dla udanej transformacji istotne jest rozpoczęcie wdrażania procesu zmian od tych elementów organizacyjnych, które pełnią ważną i symboliczną rolę w organizacji.

Strategia. Chakravarthy (1982) w proponowanym przez siebie modelu adaptacji założył, iż firmy charakteryzujące się różnym poziomem adaptacji będą miały różne strategie w ujęciu Milesa i Snowa (1978). Według niego wysoki poziom adaptacji będzie charakteryzował typ strategiczny innowatora (strategia proaktywna), średni poziom – typ analityka (strategia reaktywna), niski poziom – typ obrońcy (strategia defensywna). Badania Chattopadhyay’a i in. (2001) pokazały, że firmy reprezentujące typ innowatora mają większą tendencję do podejmowania działań adaptacyjnych zorientowanych zewnątrz.

Struktura. Organiczna struktura organizacyjna ułatwia działania adaptacyjne, ponieważ jest w niej mniej miejsca dla pojawiania się inercji (Koberg, 1987; Chakravarthy, 1982; Jennings, Seaman, 1994). W sytuacji niepewności otoczenia i rzadkości zasobów, ten typ struktury, charakteryzujący się partycypacyjnym podejmowaniem decyzji, decentralizacją i ograniczoną liczbą sformalizowanych procedur i reguł jest najbardziej pożądanym (Koberg, 1987). Potwierdzają to także inne badania (Baum, Wally, 2003), które pokazują, że firmy osiągające lepsze wyniki, a więc dobrze zaadaptowane do otoczenia, charakteryzuje: centralizacja zarządzania strategicznego, przy jednoczesnej decentralizacji zarządzania operacyjnego; oraz formalizacja rutyn i niesformalizowanie obszarów nierutynowych.

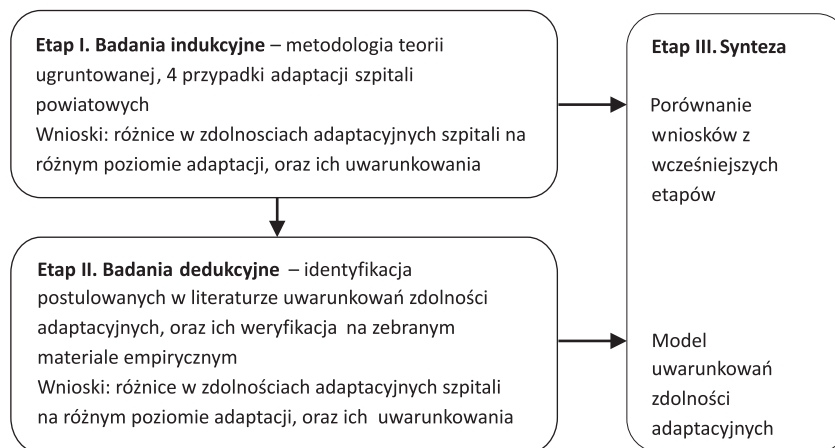
W przytoczonych badaniach poruszanych jest wiele aspektów organizacyjnej adaptacji. Jednakże nie ma wyraźnych wskazań odnośnie tego, które uwarunkowania mają kluczowe znaczenie dla zdolności adaptacyjnych w różnych fazach procesu adaptacji. Zatem w kontekście adaptacji interesujące są następujące pytania:

- Czy i jak różnią się zdolności adaptacyjne organizacji, które dobrze i słabo się dostosowują do zmieniających się warunków otoczenia?
- Jakie są uwarunkowania różnicujące poziom zdolności adaptacyjnych organizacji?

2. Metodologia badań

Podstawowym celem badań było wskazanie różnic w zakresie zdolności adaptacyjnych pomiędzy szpitalami, które wzorcowo się zaadaptowały do otoczenia, a tymi, którym się to nie powiodło oraz wskazanie uwarunkowań wpływających na te zdolności.

Rys. 1. Etapy procesu badawczego



Źródło: opracowanie własne.

W celu zidentyfikowania uwarunkowań zdolności adaptacyjnych, wykorzystane zostało zarówno podejście indukcyjne (budowa czterech pogłębionych studiów przypadków w oparciu o metodologię teorii ugruntowanej), jak i dedukcyjne (budowa modelu uwarunkowań zdolności adaptacyjnych, na podstawie przeglądu literatury adaptacji). Otwarty charakter pytań oraz obszerność materiału empirycznego (ok. 500 stron notatek z wywiadów) dostarczyły wielu informacji, dzięki czemu można było dogłębnie poznać i opisać proces adaptacji w obu grupach szpitali.

Podejście indukcyjne pozwoliło na dogłębne zrozumienie adaptacji szpitali powiatowych i wskazanie uwarunkowań ich zdolności adaptacyjnych. Natomiast w podejściu dedukcyjnym, wskazane w teorii uwarunkowania były weryfikowane na zebranym materiale empirycznym. Zastosowanie zarówno podejścia indukcyjnego, o charakterze eksploracyjnym, jak i dedukcyjnego, nastawionego na weryfikację wynikających z teorii uwarunkowań pozwoliło na sformułowanie kompleksowego modelu zdolności adaptacyjnych i ich uwarunkowań.

Etap 1. Badania indukcyjne

W badaniach zastosowano metodę przypadków skrajnych, która polega na doborze do próby badawczej przypadków (podmiotów badania) skrajnych, czyli tych, w których wyjaśniana zmienna przyjmuje skrajne wartości. W prowadzonych badaniach wyjaśnianą (poprzez zdolności adaptacyjne i ich uwarunkowania) zmienną był poziom adaptacji i dlatego do badań zostały dobrane przypadki szpitali na wysokim i niskim poziomie adaptacji. Studia przypadków były tworzone w zgodzie z założeniami teorii ugruntowanej (Martin, Turner, 1986), zakładającej tworzenie teorii (uogólnień) w trakcie gromadzenia danych empirycznych.

W prezentowanych badaniach zastosowano trzy kryteria doboru do próby badawczej: typ szpitala, lokalizację i poziom adaptacji. Na podstawie dotychczasowych badań

i konsultacji z ekspertami przyjęto, że kryterium oceny poziomu adaptacji (efektywności adaptacji) jest jakość usług (mierzona stosowanymi standardami jakości leczenia i dbałością o satysfakcję pacjenta) oraz efektywność ekonomiczna (mierzona zdolnością zakładu do bilansowania się i płynnością finansową). Szpitale, których strategie działania i zmian pozwoliły na osiągnięcie wysokiego poziomu adaptacji charakteryzowały się dbałością o standardy jakości i etyki i jednocześnie były w dobrej kondycji finansowej.

Panel ekspertów, składający się z menedżerów zakładów opieki zdrowotnej, przedstawicieli Kasy Chorych oraz pracowników akademickich zajmujących się problematyką sektora opieki zdrowotnej wskazał grupę czterech szpitali powiatowych działających na obszarze województwa mazowieckiego, które w jego opinii najlepiej (dwa przypadki) i najgorzej (dwa przypadki) zaadaptowały się do otoczenia. Wskazania ekspertów, były następnie weryfikowane w trakcie badań, przy wykorzystaniu wskaźników opracowanych we wcześniejszych badaniach (Kautsch, Klich, 2002).

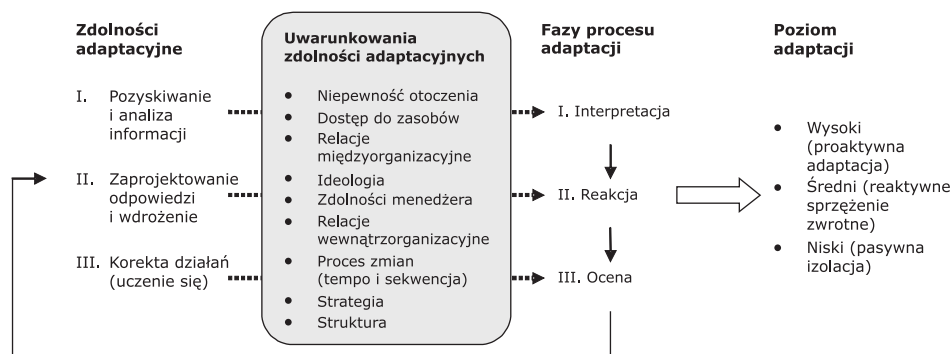
Badania były prowadzone w latach 2003–2004.¹ Podstawowym źródłem zbierania informacji były ustrukturalizowane wywiady z głównymi decydentami. W sumie przeprowadzono 30 wywiadów, od 6 do 10 w każdym z badanych zakładów. Pytania odnosiły się do okresu od początku 1999 r. do chwili przeprowadzania wywiadu, obejmując okres 4–5 lat. Wywiady zostały wzbogacone o część ilościową obejmującą m.in. parametry organizacyjne, charakteryzujące działalność szpitala takie, jak liczba zatrudnionych i czas hospitalizacji, oraz finansowe, np. struktura kosztów i przychodów.

Etap 2. Badania dedukcyjne

W podejściu dedukcyjnym hipotezy badawcze są formułowane na bazie istniejących teorii, a następnie poddane są weryfikacji na zebranych materiale empirycznym. Po zakończeniu pierwszego etapu badań (podejście indukcyjne), został przeprowadzony przegląd postulowanych przez teorię i wcześniejsze badania mechanizmów determinujących efektywność działań adaptacyjnych zarówno w organizacjach dochodowych, jak i w szpitalach (podejście dedukcyjne).

Uwzględniając wskazane w przeglądzie literatury uwarunkowania zdolności adaptacyjnych został stworzony model badawczy o charakterze dedukcyjnym. W model wpisane są następujące założenia. Po pierwsze, organizacje mogą się znajdować na jednym z trzech poziomów adaptacji – wysokim, średnim, niskim lub wg terminologii Simona (1969) byłby to poziom proaktywnej adaptacji, reaktywnego sprzężenia zwrotnego lub pasywnej izolacji. Im wyższe są zdolności adaptacyjne, z tym większą złożonością otoczenia organizacja jest w stanie sobie poradzić i tym wyższy jest poziom adaptacji, na jakim się znajduje. Rozbudowując definicję Charavarthiego (1982), zdolności adaptacyjne mogą być także rozumiane jako zdolności do wdrażania zmian organizacyjnych niezbędnych do utrzymania dostosowania do otoczenia. Po drugie, na różne etapy procesu adaptacji oddziałują różne uwarunkowania (Milliken, 1990; Daft i Weick, 1984). Po trzecie,

¹ Wyniki prezentowanych badań opierają się na 4 przypadkach szpitali. Badania dwóch z analizowanych przypadków autorka tej pracy przeprowadziła w ramach projektu KBN nr 2H02D05623, pod kierunkiem Krzysztofa Obłója, a na badania dwóch pozostałych uzyskała finansowanie z grantu doktorckiego przyznanego przez Akademię Leona Koźmińskiego w Warszawie.

Rys. 2. Model badawczy procesu adaptacji, zdolności adaptacyjnych oraz ich uwarunkowań

Źródło: opracowanie własne.

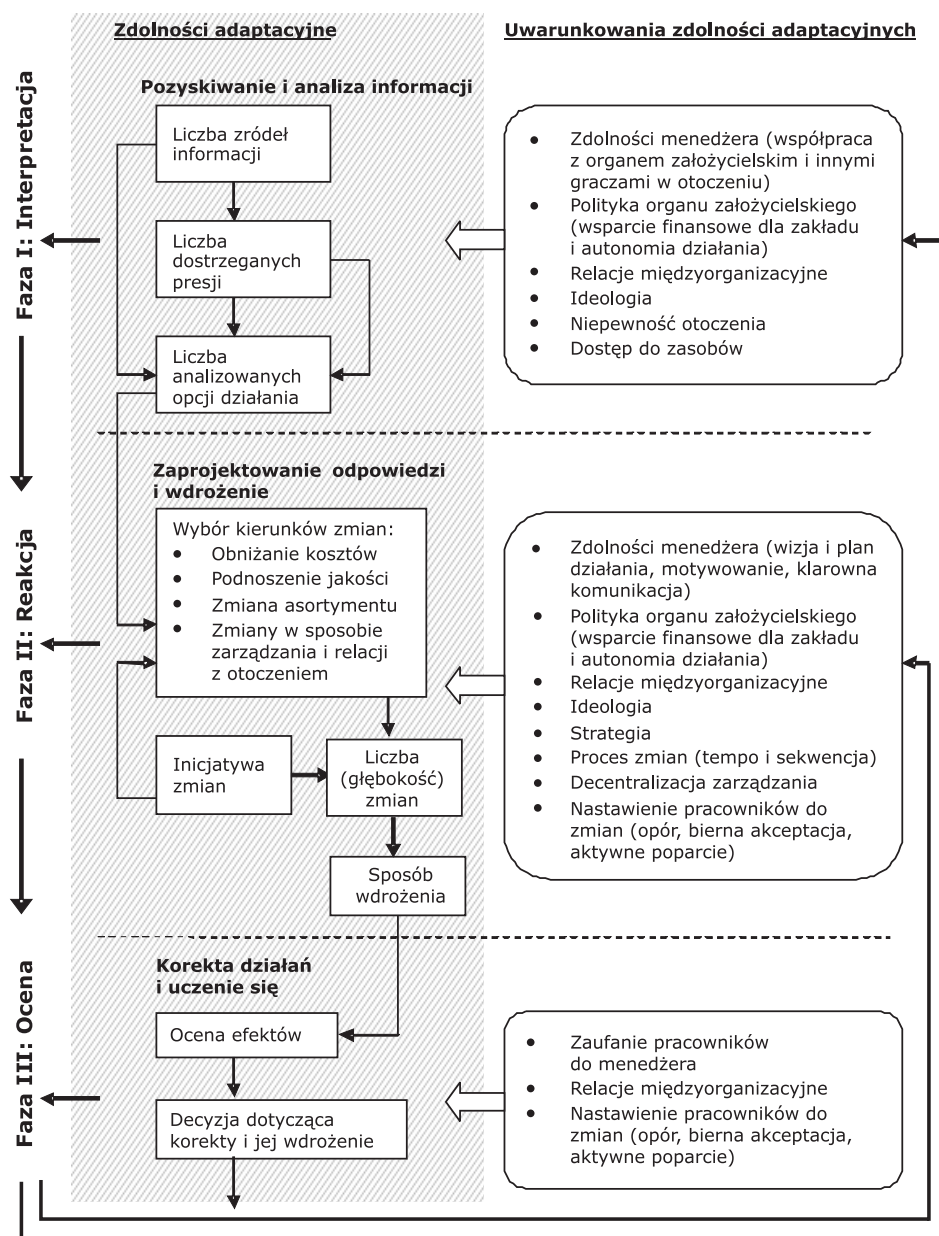
na różnych etapach procesu adaptacji potrzebne są odmienne zdolności, bowiem dominują odmienne uwarunkowania (Milliken, 1990). Można zatem przyjąć, iż organizacje potrzebują trzech rodzajów zdolności adaptacyjnych, łączących się z trzema etapami procesu adaptacji: (1) na etapie interpretacji zdolność adaptacyjna odnosi się do pozyskiwania informacji z otoczenia i ich analizy; (2) na etapie reakcji – zdolność adaptacyjna organizacji przejawia się w zaprojektowaniu odpowiedzi i jej wdrożeniu, a zatem wiąże się z przeprowadzeniem procesu zmiany; (3) na etapie oceny – zdolność adaptacyjna odnosi się do korekty działania pod wpływem oceny wewnętrznej i zewnętrznej uzyskanych wyników; jest to zdolność do korekty działań i uczenia się na błędach. Powyższe rozważania zostały ujęte w modelu przedstawionym na rys. 2.

3. Wyniki badań

Przeprowadzenie analizy indukcyjnej oraz dedukcyjnej pozwoliło na sformułowanie modelu zdolności adaptacyjnych i ich uwarunkowań, który ukazuje zdolności adaptacyjne w każdej fazie procesu adaptacji oraz uwarunkowania wpływające na te zdolności (rys. 3).

W ramach każdego z trzech rodzajów zdolności adaptacyjnych, tj. pozyskiwania i analizy informacji, zaprojektowania i wdrożenia odpowiedzi oraz korekty działań i uczenia się, które są przypisane do trzech faz procesu adaptacji (interpretacji, reakcji i oceny), zostały zidentyfikowane komponenty, charakteryzujące dany rodzaj zdolności. W przypadku pozyskiwania i analizy informacji jest to liczba źródeł informacji, liczba dostrzeganych presji oraz liczba analizowanych opcji działania. W ramach zaprojektowania i wdrożenia odpowiedzi jest to wybór kierunków zmian, liczba i głębokość zmian w ramach każdego kierunku, inicjatywa zmian oraz sposób wdrożenia. Natomiast komponentami zdolności w zakresie uczenia się organizacji jest ocena efektów i decyzja organizacji dotycząca podjęcia niezbędnych działań korygujących. Niektóre spośród przedstawionych na rys. 3 uwarunkowań wpływają na więcej niż jeden rodzaj zdolności adaptacyjnych.

Rys. 3. Model zdolności adaptacyjnych i ich uwarunkowań



Źródło: opracowanie własne.

W każdej fazie procesu adaptacji występują różnice pomiędzy zdolnościami zakładów opieki zdrowotnej na wysokim i niskim poziomie adaptacji. W fazie interpretacji menedżerowie zbierają informacje oraz nadają sens zdarzeniom, kategoryzując je jako szanse, zagrożenia lub zjawiska obojętne. Zdolności w fazie interpretacji różnią poszczególne zakłady. Zakłady znajdujące się na wysokim poziomie adaptacji, mają więcej źródeł informacji, co wpływa także na większą liczbę dostrzeganych presji otoczenia. Im więcej ma organizacja źródeł informacji i im więcej presji odbiera, tym większa jest liczba analizowanych przez nią opcji działania.

W zakładach, które mają większe zdolności pozyskiwania i analizy informacji, widocznych jest również więcej obszarów ulegających zmianom, istnieje równowaga pomiędzy zmianami organizacyjnymi o charakterze ekonomicznym oraz ukierunkowanymi na podnoszenie jakości usług, a dodatkowo wdrażane zmiany są głębsze i liczniejsze. W zakładach, których zdolności adaptacyjne w fazie interpretacji są niewielkie (odbiór presji zewnętrznych ogranicza się do presji ekonomicznej), widoczna jest koncentracja na obszarze kosztów (nacisk na wynik ekonomiczny), co może nieść ze sobą negatywne skutki dla jakości świadczonych usług. Wskazuje to na fakt, iż zdolności adaptacyjne w fazie interpretacji wpływają na zdolności adaptacyjne w fazie reakcji, ponieważ kluczowe decyzje dotyczące wyboru kierunków zmian (faza reakcji) są podejmowane spośród analizowanych opcji działania (faza interpretacji).

Kolejnym elementem zdolności zaprojektowania odpowiedzi jest kwestia inicjatywy zmian. Jeżeli odpowiedzialność za inicjowanie zmian jest umiejscowiona zarówno na najwyższym, jak i na średnim szczeblu w hierarchii organizacyjnej, organizacja decyduje się na wybór wielu kierunków zmian, liczba zmian w ramach każdego z wybranych kierunków jest większa, a ich wdrożenie przebiega szybciej, ponieważ nie ma okresów nieciągłości.

Wdrożona przez organizację odpowiedź jest następnie oceniana zarówno przez członków organizacji, jak i przez otoczenie zewnętrzne pod względem efektów, jakie przyniosła. Jeżeli została oceniona pozytywnie, będzie kontynuowana (organizacja zyska potwierdzenie słuszności wyboru danego kierunku zmian i będzie wdrażać ich więcej oraz w sposób, który zapewnił jej skuteczność). Jeżeli efekty zostały negatywnie ocenione, organizacja powinna podjąć działania korygujące ukierunkowane na podniesienie poziomu dostosowania do otoczenia. W fazie oceny i uczenia się, wysoki poziom zdolności adaptacyjnych pozwala na szybkie podjęcie niezbędnych działań korygujących w sytuacji, gdy efekty wcześniej podejmowanych działań zostały negatywnie ocenione. Natomiast, kiedy podejmowane działania przynoszą wymierne efekty, pracownicy je widzą i doceniają, prowadzi to do zmiany nastawienia pracowników (od niechęci do akceptacji) oraz w konsekwencji zwiększa zdolności w zakresie zaprojektowania odpowiedzi i jej wdrożenia. Następuje intensyfikacja zmian, pracownicy również niższego szczebla rozumieją i dostrzegają większą liczbę presji otoczenia oraz nie blokują zmian. Innym efektem uczenia się organizacji może być zwiększenie zdolności adaptacyjnych w fazie interpretacji. W przypadku jednego ze szpitali na wysokim poziomie adaptacji w ciągu trzech lat nastąpiła zmiana w zakresie ideologii – nie tylko w odniesieniu do istotności zmian organizacyjnych, reorientacji strategicznych czy partycypacji, lecz także do samego sposobu definiowania zakładu, który obecnie postrzegany jest w rynkowych katego-

riach firmy. Zarówno menedżerowie jak i kadra średniego szczebla mówili o swoim szpitalu jak o firmie, która konkuruje z innymi zakładami o pacjenta, i której zadaniem jest zapewnienie zarówno dobrej jakości leczenia jak i dbałość o kondycję finansową. Ten nowy sposób percepcji organizacji przyczynił się także do zwiększenia liczby analizowanych presji otoczenia. Natomiast w zakładach na niskim poziomie adaptacji, negatywna ocena sytuacji zakładu nie wywoływała szybkiego podjęcia działań korygujących. Tabela 2 ukazuje omówione różnice w zdolnościach adaptacyjnych organizacji, znajdujących się na wysokim i niskim poziomie adaptacji.

Tabela 2. Charakterystyka zdolności adaptacyjnych w organizacjach na niskim i wysokim poziomie adaptacji

Poziom adaptacji Faza adaptacji	Wysoki	Niski
Interpretacja: pozyskiwanie i analiza informacji	<ul style="list-style-type: none"> Informacje o otoczeniu są pozyskiwane z wielu źródeł Organizacja dostrzega większą liczbę presji Analizowanych jest wiele opcji działania 	<ul style="list-style-type: none"> Informacje o otoczeniu są pozyskiwane z niewielu źródeł Organizacja dostrzega niewielką liczbę presji i koncentruje się na presjach formułowanych przez dysponentów zasobów, od których jest zależna Ograniczona liczba opcji działania jest analizowana
Reakcja: zaprojektowanie odpowiedzi i jej wdrożenie	<ul style="list-style-type: none"> Zmiany organizacyjne są wielokierunkowe, a w ramach każdego kierunku jest ich wiele Inicjatywa zmian należy do dyrekcji, oraz niższych szczebli zarządzania Tempo zmian jest stopniowe i ciągle 	<ul style="list-style-type: none"> Dominuje jeden kierunek zmian (kosztowe) Zmiany są wdrażane tylko z inicjatywy dyrekcji Tempo zmian jest stopniowe, ale nie ciągle
Ocena: korekta działań	<ul style="list-style-type: none"> Negatywna ocena efektów wpływa na szybkie podjęcie niezbędnych działań korygujących 	<ul style="list-style-type: none"> Negatywna ocena efektów nie wywołuje szybkiego podjęcia niezbędnych działań korygujących

Źródło: opracowanie własne.

Zdolności adaptacyjne obu grup badanych zakładów wyraźnie się różnią, co wiąże się z oddziaływaniem różnych uwarunkowań. Należy zauważyć, iż przeprowadzona analiza uwarunkowań zdolności adaptacyjnych wykazała dwie sprawy. Po pierwsze, okazało się, że część uwarunkowań wywiera wpływ na więcej niż jeden rodzaj zdolności adaptacyjnych. Wśród nich znalazły się: zdolności menedżera; polityka organu założycielskiego; relacje między-organizacyjne; ideologia oraz nastawienie pracowników do zmian. Po drugie, wskazane uwarunkowania wywierają wpływ na poziom zdolności adaptacyjnych nie tylko bezpośrednio, lecz także pośrednio, poprzez wpływ na inne uwarunkowania. Porównanie uwarunkowań zdolności adaptacyjnych zakładu, który najlepiej dostosował się do otoczenia z tym, który uzyskał najsłabsze wyniki w procesie adaptacji przedstawia tabela 3, ukazując występujące między nimi różnice.

Tabela 3. Uwarunkowania zdolności adaptacyjnych w badanych zakładach – przypadki najbardziej skrajne

Poziom adaptacji Uwarunkowania	Zakład z najlepszymi wynikami	Zakład z najłabszymi wynikami
Podejście do niepewności otoczenia	Aktywne próby zmniejszania odczuwanej niepewności otoczenia	Pasywne zachowanie (koncentracja na presjach ważnych dla dysponentów zasobów, krytycznych dla organizacji)
Dostęp do zasobów	Próba dywersyfikacji źródeł przychodów; wywieranie wpływu na graczy dysponujących zasobami	Ograniczone działania w zakresie dywersyfikacji źródeł przychodów
Relacje między-organizacyjne	Szeroki zakres współpracy z wieloma graczami w otoczeniu	Wąski zakres współpracy z niewielką liczbą graczy w otoczeniu
Polityka organu założycielskiego	Szeroki zakres autonomii działania; wzajemne zaufanie	Wąski zakres autonomii działania; wsparcie finansowe
Ideologia	Popiera reorientacje strategiczne, podkreśla istotność zmian organizacyjnych, zachęca do partycypacji, postrzeganie szpitala jako firmy	Brak poparcia reorientacji strategicznych, niska istotność zmian organizacyjnych, nie zachęca do partycypacji
Zdolności menedżera	Wysokie	Niskie
Proces zmian • Tempo zmian • Zakres zmian • Głębokość zmian	<ul style="list-style-type: none"> • Zmiany wprowadzane w sposób stopniowy, ale ciągły • Obniżanie kosztów, podnoszenie jakości, dostosowanie asortymentu i w sposobie zarządzania • Dogłębne, zaawansowane zmiany w każdym obszarze 	<ul style="list-style-type: none"> • Zmiany wprowadzane stopniowo i powoli, ale nieciągłe • Obniżanie kosztów, podnoszenie jakości, dostosowanie asortymentu, brak zmian w sposobie zarządzania • Zmiany wdrożone w zakresie asortymentu i jakości mają charakter powierzchowny i są nieliczne
Centralizacja/decentralizacja	Decentralizacja	Centralizacja
Strategia	Innowator	Bierne reagowanie
Zaufanie pracowników do menedżera	Wysokie	Niskie
Relacje wewnątrzorganizacyjne	Niski poziom konfliktu	Wysoki poziom konfliktu między administracją i personelem białym
Nastawienie pracowników do zmian	Aktywne poparcie	Opór

Źródło: opracowanie własne.

Zakończenie

Głównym wnioskiem z badań jest wykazanie, że w każdej fazie procesu adaptacji organizacje potrzebują odmiennych zdolności adaptacyjnych oraz to, że pomiędzy zakładami na różnym poziomie adaptacji występują wyraźne różnice w ich zdolnościach adaptacyjnych. W fazie I (interpretacji) zakłady na wysokim poziomie adaptacji pozyskują

informacje o otoczeniu z wielu źródeł, dostrzegają większą liczbę presji i analizują wiele opcji działania w przeciwieństwie do zakładów na niskim poziomie adaptacji. W fazie II (reakcji) w zakładach na wysokim poziomie adaptacji zmiany organizacyjne są wielokierunkowe, a w ramach każdego kierunku jest ich wiele, inicjatywa zmian należy do dyrekcji oraz w coraz większym stopniu także do niższych szczebli zarządzania; tempo zmian jest stopniowe, ale stałe. Natomiast w zakładach na niskim poziomie adaptacji dominują zmiany ukierunkowane na obniżanie kosztów, inicjatywa zmian należy do dyrekcji, tempo zmian jest wolne i przerywane okresami nieciągłości. W fazie III (oceny) w zakładach na wysokim poziomie adaptacji negatywna ocena efektów wpływa na szybkie podjęcie niezbędnych działań korygujących, a w zakładach na niskim poziomie adaptacji nie ma takiego efektu.

Bibliografia

- Alexander J.A., Kaluzny A.D., Middleton S.C., *Organizational growth, survival and death in the US hospital industry: a population ecology perspective*, Social Science and Medicine, 1986.
- Amis J., Slack T., Hinings C.R., *The pace, sequence, and linearity of radical change*, Academy of Management Journal, 2004 vol. 47.
- Baum J.R., Wally S., *Strategic decision speed and firm performance*, Strategic Management Journal, 2003 vol. 24.
- Carper W.B., Litschert R.J., *Strategic power relationships in contemporary profit and nonprofit hospitals*, Academy of Management Journal, 1983 vol. 26.
- Carter N.M., *Small firm adaptation: responses of physicians' organizations to regulatory and competitive uncertainty*, Academy of Management Journal, 1990 vol. 33.
- Chadwick C., Hunter L.W., Walston S.L., *Effects of downsizing practices on the performance of hospitals*, Strategic Management Journal, 2004 vol. 25.
- Chakravarthy B.S., *Adaptation: a promising metaphor for strategic management*, Academy of Management Review, 1982 vol. 7 (1).
- Chattopadhyay P., Glick W.H., Huber G.P., *Organizational actions in response to threats and opportunities*, Academy of Management Journal, 2001 vol. 44.
- Child J., Smith C., *The context and process of organizational transformation: Cadbury Ltd. in its sector*, Journal of Management Studies, 1987 vol. 12.
- Covaleski M.A., Dirsmith M.W., *MBO and goal directedness in a hospital context*, Academy of Management Review, 1982 vol. 6.
- Daft R.L., Weick K.E., *Toward a model of organizations as interpretation systems*, Academy of Management Review, 1984 vol. 9.
- Fottler M. D., Schermerhorn J. R., Wong J., Money W. H., *Multi-institutional arrangements in Health care: review, analysis and a proposal for future research*, Academy of Management Review, 1982 vol. 7.
- Ginsberg A., Buchholtz A., *Converting to for-profit status: corporate responsiveness to radical change*, Academy of Management Journal, 1990 vol. 33.
- Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada C., Włodarczyk C., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Raporty CASE nr 53, Warszawa 2002.
- Gruca T.S., Nath D., *Regulatory change, constraints on adaptation and organizational failure: an empirical analysis of acute care hospitals*, Strategic Management Journal, 1994 vol. 15.
- Jennings D.F., Seaman S.L., *High and low levels of organizational adaptation: an empirical analysis of strategy, structure, and performance*, Strategic Management Journal, 1994 vol. 15.
- Kautsch M., Klich J., Styło W., *Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w reformowanym systemie. Raport z badań*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2001.

- Koberg C.S., *Resource scarcity, environmental uncertainty, and adaptive organizational behavior*, Academy of Management Journal, 1987 vol.30.
- Lawrence P.R., Dyer D., *Renewing American industry: Organizing for efficiency and innovation*, Free Press, New York 1983.
- Masłyk-Musiał E., *Organizacje w ruchu*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.
- Meyer A., *Adapting to environmental jolts*, Administrative Science Quarterly, 1982 vol. 27.
- Meyer A.D., Brooks G.R., Goes J.B., *Environmental jolts and industry revolutions: organizational responses to discontinuous change*, Strategic Management Journal, 1990 vol. 11.
- Miles R.H., *Coffin, Nails, and Corporate Strategies*, Prentice-Hall 1982.
- Milliken F.J., *Perceiving and interpreting environmental change: an examination of college administrators' interpretation of changing demographics*, Academy of Management Journal, 1990 vol. 33.
- Obłój K., Ciszewska M., Kuśmierz A., *Strategie szpitali w warunkach reformy*, Wydawnictwo WSPiZ, Warszawa 2004.
- Oliver C., *Strategic responses to institutional processes*, Academy of Management Review, 1991 vol. 16.
- Pfeffer J., *Size, composition, and function of hospital boards of directors: a study of organization-environment linkage*, Administrative Science Quarterly, 1973 vol. 18.
- Pfeffer J., Salancik G.R., *The external control of organizations: A resource dependence perspective*, Harper & Row Publishers, 1978.
- Provan K.G., *Environmental and organizational predictors of adoption of cost containment policies in hospitals*, Academy of Management Journal, 1987 vol. 30.
- Romanelli E., Tushman M., *Organizational transformation as punctuated equilibrium: An empirical test*, Academy of Management Journal, 1994 vol. 37.
- Ruef M., Scott W.R., *A multidimensional model of organizational legitimacy: hospital survival in changing institutional environments*, Administrative Science Quarterly, 1998 vol. 43.
- Wawrzyniak B., *Zarządzanie zmianami w organizacji*, [w:] *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, A.K. Koźmiński, W. Piotrkowski (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, wyd. V, Warszawa 2000.
- Young G.J., Charns M.P., Shortell S.M., *Top manager and network effects on the adoption of innovative management practices: a study of TQM in a public hospital system*, Strategic Management Journal, 2001 vol. 22.

The Adaptive Capabilities of Organizations. Case of Polish Public Hospitals

Summary

Information gathering and analysis, reaction design and implementation, and activities correction and learning are three types of adaptive capabilities connected to three phases of organizational adaptation to the environment. The primary objective of this article is to present how adaptive capabilities of high and low performers differ. In the second part of the article the key factors influencing the adaptive capabilities of Polish public hospitals will be identified and examined.